HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE - NIT 890.306.950-6

ACTA PARCIAL DE SUPERVISION
00-2025-ACIT-698

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato: **Contrato de Prestacion de Servicios 00-2025-HCON-19**
Fecha de suscripción: 3 de Julio de 2025 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
Contratista: [1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Representante legal: [1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Dirección: CR 7 10 250 CON COUNTRY PLAZA UNO, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)
Teléfono(s): 3162714763 - Correo electrónico: rivasospinap@gmail.com
Términos del contrato: Desde el 15 de Julio de 2025 Hasta el 14 de Noviembre de 2025 Duración: 4 Meses
Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

Fecha	Descripción	Valor	% Ejecución	Acumulado
3-Jul-2025	Apropiación inicial: REGISTRO PRESUPUESTAL 00-2025-RP-1655	24,000,000.00	0.00	24,000,000.00
15-Jul-2025	Acta de inicio: 00-2025-ACIN-145		0.00	24,000,000.00
26-Jul-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-342 / Documento soporte: CT 01	6,000,000.00	25.00	18,000,000.00
14-Ago-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-698 / Documento soporte: CT 02	6,000,000.00	50.00	12,000,000.00
			Valor por ejecutar:	12,000,000.00

DATOS DEL ACTA PARCIAL DE SUPERVISION

Fecha de elaboración: Jueves, 14-Ago-2025 12:43 pm Factura: Cuenta de cobro 02

Avance técnico
EL CONTRATO TIENE AVANCE TÉCNICO DE CUMPLIMIENTO DEL 50%

Avance financiero
EL CONTRATO TIENE AVANCE FINANCIERO DE CUMPLIMIENTO DEL 50%

Comentarios
CUOTA No. 2

NOMBRE COMPLETO: PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1143849703
NUMERO DE CONTRATO: 00-2025-HCON-019
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.
PERIODO: 1-13 AGOSTO 2025
En el marco del contrato de prestación de servicios y en cumplimiento del objeto contractual, se verificó el cumplimiento de las obligaciones específicas a cargo del CONTRATISTA, como se detalla a continuación:

1. Realizó mapeo y cartografía social en el territorio 9

2. No se realizó la actividad durante el periodo reportado; Se realizará en periodos posteriores según requerimiento del supervisor.

3. Realizó la clasificación de riesgo familiar e identificó signos que requerían intervención rápida (gestionó la activación de rutas si fue necesario) y canalizó a la oferta de servicios en: psicología y fisioterapia

4. Prestó servicio asistencial a la comunidad, aplicando los conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con el superior inmediato acerca de la duración de las consultas. Realizó un total de 75 atenciones durante el periodo reportado con un total de cumplimiento del 55% sobre la meta establecida.

5. Brindó educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la identificación de signos de alarma y la adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. En los temas de: salud mental y hábitos saludables

6. En el periodo reportado, no realicé informe de producción actividades semanales y no presenté evidencia de las acciones y diligenciamiento de los formatos acorde a las directrices y lineamientos.

7. No prestó apoyo en las diferentes actividades que fueron asignadas por parte del Supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo

8. Apoyó la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad, replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales. La evidencia quedó registrada en el siguiente enlace: https://drive.google.com/open?id=1vSogmotf0ua_hvbVMu2l_CO2uMVyQdT0
9. Participó, sin perjuicio de su autonomía, en las reuniones a las cuales fue invitado con ocasión de las actividades que se ejecutaron en el marco de este contrato. Conforme a la programación de fortalecimiento de capacidades al talento humano: Diligenciamiento y cups de historias clínicas. Asistencia técnica

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato:	**Contrato de Prestacion de Servicios 00-2025-HCON-19**
Fecha de suscripción:	3 de Julio de 2025 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
Contratista:	[1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Representante legal:	[1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Dirección:	CR 7 10 250 CON COUNTRY PLAZA UNO, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA) Teléfono(s): 3162714763 - Correo electrónico: rivasospinap@gmail.com
Términos del contrato:	Desde el 15 de Julio de 2025 Hasta el 14 de Noviembre de 2025 Duración: 4 Meses
Objeto del contrato:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

Fecha	Descripción	Valor	% Ejecución	Acumulado

APS.

10. Se adhirió a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permitió auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participó en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.

En el presente periodo el contratista anexó planilla de pago de seguridad social Julio 2025 no. 88819243

ANDRES SANDOVAL CORTES
SUBGERENTE CIENTIFICO
AMBULATORIO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

HOSPITAL PILOTO JAMUNDI
Empresa Social del Estado
NIT: 890306950-6

FORMATO DOCUMENTO EQUIVALENTE
Decreto 358 del 05 de marzo del 2020, Articulo 615 ET.
CODIGO: FIN-FTO-0025 VERSION: 001 FECHA DE APROBACION: 21-05-2025

Área o Proceso de la ejecución del contrato: **ATENCION PRIMARIA EN SALUD** Contrato N°. **00-2025-HCON-019**
Fecha de Suscripción del Contrato: **03/07/2025**
Nombre y/o Razón Social Adquiriente: **HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI E.S.E**
Nit: **890.306.950 – 6** Dirección: **Av Circunvalación 9 - 13** No. Teléfono: **4868676**
Ciudad: **Jamundí, Valle del Cauca**
Nombre y/o Razón Social Beneficiario: **PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA**
Cédula o Nit del Beneficiario: **1143849703** Dirección Beneficiario: **CARRERA 7 # 10-250**
Teléfono: **3162714763** Correo Electrónico: **rivasospinap@gmail.com** Ciudad: **JAMUNDI**
INFORMACIÓN CONTRACTUAL
Objeto del Contrato: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.**
N°. RP: **00-2025-RP-1655** N°. CDP: **00-2025-CDP-230** Vr Total del contrato: **$24.000.000,00**
Concepto: **Cuota No. 2** del 13/08/2025 Contrato: **00-2025-HCON-019** Valor: **$24.000.000 ,00** Otro Si: **N/A** Anexo comprobante de pago EPS, pensión y ARL con planilla Nro. 88819243 del operador Compensar del periodo de cotización mes JULIO de 2025. Favor consignar en Cuenta **AHORRO** No. **60516068682** del **Banco BANCOLOMBIA** Valor: **$6.000.000,00**
Son: **SEIS MILLONES DE PESOS MCTE**
Paola Andrea Rivas O. 1.143.849.703.

DECLARACIÒN JURAMENTADA

Yo Aida Rivas O. identificado (a) con documento de identidad No. 1.143849703.

de Cali manifiesto libre y voluntariamente, para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente de que trata el artículo 383 E.T sobre ingresos laborales, honorarios o compensación por servicios personales:

1 Que el RUT entregado al Hospital Piloto de Jamundi se encuentra actualizado, a la fecha no tiene cambios.
2 No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad desarrollada.
3 Tengo dependientes económicos a mi cargo idenficados planamente de conformidad con el Art.387 Par.2

Parentesco	No. Identificación	Nombre	Edad	Ausencia de ingreso o valor inferior a 260 UVT	Estudios	Factor físico o sipcológico

Para las siguientes deducciones debe **adjuntar certificación expedida por la entidad** competente donde conste los pagos efectivamente realizados:

4 Por salud a empresas de medicina prepagada de conformidad con el Art.387 E.T — SI [ ] NO [X]

5 Por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia Art.387 E.T — SI [ ] NO [X]

6 Por intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos , o costo financiero en virtud de un contrato de leasing para adquisición de vivienda del trabajador — SI [ ] NO [X]

7 Por las demás rentas que la ley de manera taxativa prevé como exentas en razón a su origen adjunto para la depuración:

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley y me comprometo a informar a Hospital cualquier cambio que que ocurra con los datos aquí suministrados.

La presente se expide en la Ciudad Jamundí. (12) del mes Agosto de 2025.

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

CUOTA No.2

NOMBRE:PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA

DOCUMENTO: 1143849703

NUMERO DE CONTRATO: **00-2025-HCON-019**

OBJETO DE CONTRATOS: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.

PERIODO: **1 - 15 AGOSTO**

En el marco del programa de atención primaria en salud, me permito manifestar que realice las actividades contractuales de la siguiente manera:

ACTIVIDAD CONTRACTUAL	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL
1) Liderar el equipo de EBS en la realización del mapeo y cartografía social.	Lideré el equipo de EBS en la realización del mapeo y cartografía social en el territorio 9
2) Realizar el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el Territorio.	No se realizó la actividad durante el periodo reportado; Se realizará en periodos posteriores según requerimiento del supervisor.
3) Realizar la clasificación de riesgo familiar e identificación de signos de intervención rápida (gestión de activación de rutas si se requiere) y Canalizar a la oferta de servicios	Realicé la clasificación de riesgo familiar e identifiqué signos que requerían intervención rápida (gestioné la activación de rutas si fue necesario) y canalicé a la oferta de servicios en: psicología y fisioterapia
4) Prestar servicio asistencial, a la comunidad, aplicando los conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertado con el superior inmediato acerca de la duración de las consultas.	Presté servicio asistencial a la comunidad, aplicando mis conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con mi superior inmediato acerca de la duración de las consultas. Realice un total de 75 atenciones durante el periodo reportado con un total de cumplimiento del 55% sobre la meta establecida.
5) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.	Brindé educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud en los temas de: salud mental y hábitos saludables
6) Generar informe de producción actividades semanales y presentar evidencia de las acciones y diligenciamiento de los formatos acorde a las directrices y lineamientos.	En el periodo reportado, no realicé informe de producción actividades semanales y no presenté evidencia de las acciones y diligenciamiento de los formatos acorde a las directrices y lineamientos.
7) Prestar apoyo en las diferentes	No se requirió de mi apoyo en diferentes actividades

	capacidades al talento humano: Diligenciamiento y cups de historias clínicas. Asistencia técnica APS.
10) Adherirse a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante lo cual incluye: a) permitir auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE b) Participar de las capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.	Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permití auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participé en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.

Anexo al presente informe se entregan informe de evidencias para la verificación del supervisor.

Atentamente,

Paola Andrea Rivas O.

PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA

CC. 1143849703 de SANTIAGO DE CALI

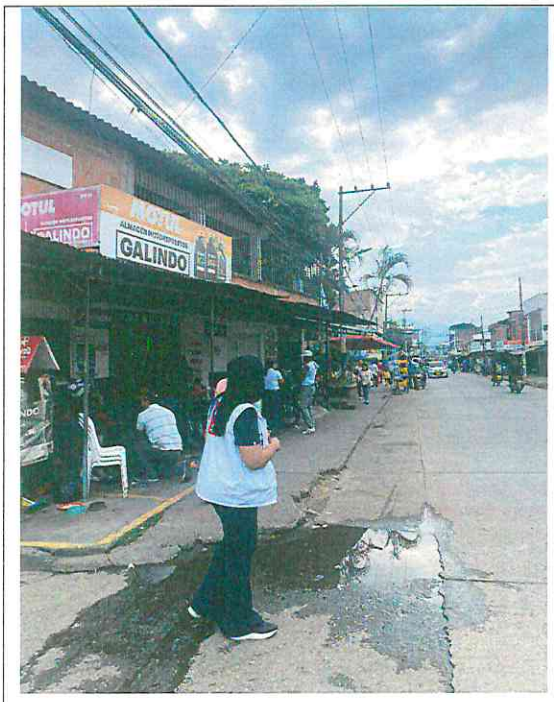
NOMBRE: PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA

Documento: 1.143.849.703

Mes reportado: AGOSTO 2025

PSICOLOGA

1 - Lideré el equipo de EBS en la realización del mapeo y cartografía social

	
Lugar: TERRITORIO 9 – El popular Actividad: Se realizó realización del mapeo y cartografía social. Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025	Lugar: TERRITORIO 9 – Ángel María Camacho. Actividad: Se realizó realización del mapeo y cartografía social. Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025

2 - Realicé el diligenciamiento de la caracterización socioambiental, individual y familiar en el territorio.

NOTA: Este mes no se realizó esta actividad.

3 - Realicé la clasificación de riesgo familiar e identifiqué signos que requerían intervención rápida (gestioné la activación de rutas si fue necesario) y canalicé a la oferta de servicios.

	
Lugar: EL ROSARIO Actividad: se realizó la identificación de signos que requerían atención rápida. Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025	Lugar: CAMACHO Actividad: se realizó la identificación de signos que requerían atención rápida. Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025

4 - Presté servicio asistencial a la comunidad, aplicando mis conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con mi superior inmediato acerca de la duración de las consultas.

EVIDENCIA 1	EVIDENCIA 2
	
Lugar: Belalcazar Actividad: se realizó servicio asistencial a la comunidad en cumplimiento de las	Lugar: Paso de la bolsa Actividad: se realizó servicio asistencial a la comunidad en cumplimiento de las agendas y los horarios laborales de manera oportuna

agendas y los horarios laborales de manera oportuna Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025	Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025

5 - Brindé educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la identificación de signos de alarma y la adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y del entorno.

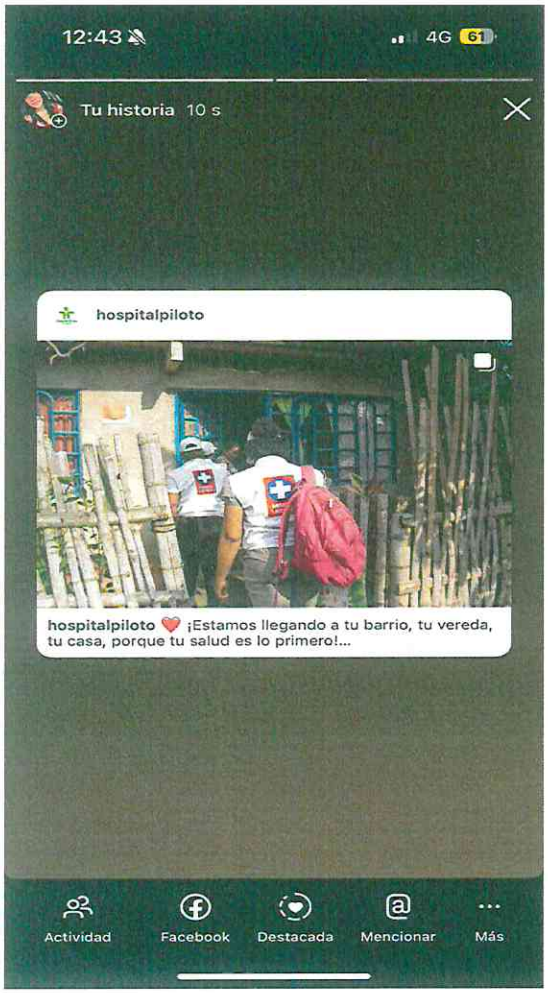
EVIDENCIA 1	**EVIDENCIA 2**
	
Lugar: Parques del Castilla Actividad: Se brindó educación en Inteligencia emocional como herramienta para la atención a los beneficiarios del programa de Atención Primaria en Salud Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025	Lugar: Actividad: Se brindó educación en salud mental sobre hábitos saludables y manejo adecuado de la ansiedad en adulto mayores. Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025

6 - Generé informes de producción de actividades semanales y presenté evidencia de las acciones y del diligenciamiento de los formatos, acorde con las directrices y lineamientos.

NOTA: Este mes no se realizó esta actividad.

7 - Presté apoyo en las diferentes actividades que fueron asignadas por parte del Supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo.

NOTA: Este mes no se realizó esta actividad.



Lugar: Redes sociales oficiales del HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI
Actividad: Realicé divulgación de por medio de las redes sociales.
Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025

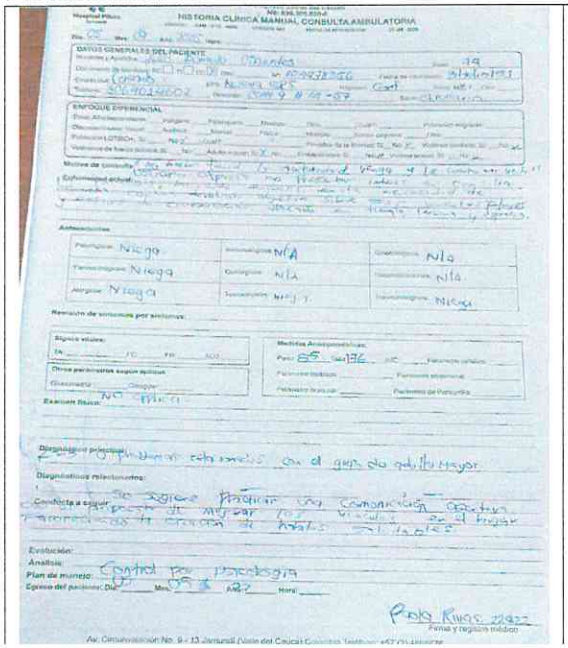
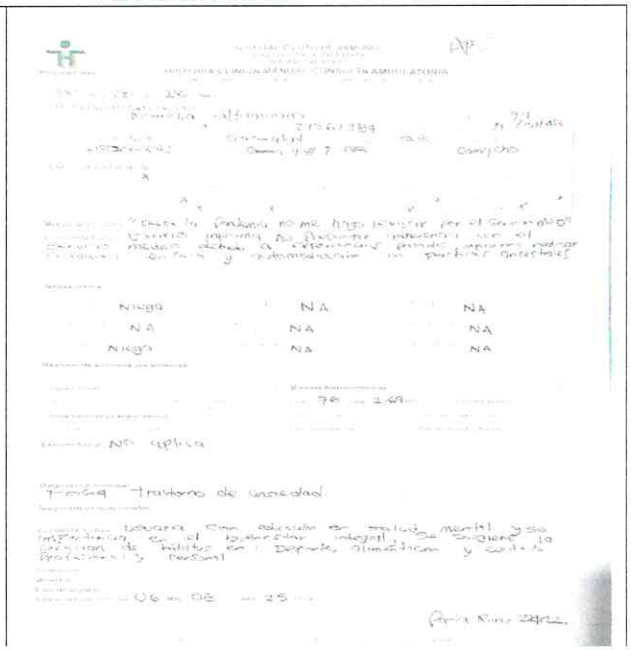


Lugar: Estado de WhatsApp
Actividad: Realicé divulgación de por medio de las redes sociales.
Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025

9 - Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado(a) con ocasión de las actividades que se ejecutaron en el marco de este contrato

EVIDENCIA 1	EVIDENCIA 2
	
Lugar: Sede APS Actividad: Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025	Lugar: Sede APS Actividad: Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado Fecha: del 1 al 15 de agosto 2025

10 - Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permití auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participé en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad

."EVIDENCIA 1	EVIDENCIA 2
	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PA

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143849703	PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA		carrera 7 # 10-250	5922500	pola_rivaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					1
PERIODO SALUD	FERIODO PENSIONES				TOTAL A PAG
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88819243	$744.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	300.000	0		0		0	4	800	0	300.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	384.000	0	0	0	0	4	1.000	0	385.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	58.500				58.500	4	200	58.700			585	58.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a
Salud	1	300.000	300.0
Pensión	1	384.000	385.0
Riesgos Laborales	1	58.500	58.7
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	744.5

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PA

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143849703	PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA		carrera 7 # 10-250	5922500	pola_rivaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAI
					EMPLEADOS
					1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PA
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88819243	$744.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISC		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sublimo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Apo ICB
1	CC	1143849703	RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA	59	0			N																	230301	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS010	2.400.000	300.000	14-25	2.400.000	3	58.500		0	0	0	0	0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

¡Hola, Paola Andrea Rivas ospina !

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 744.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 08/08/2025

CUS: 1687630479

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

pse — Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial | @ACHColombia_

ACHColombiaOficial | ACH Colombia Oficial

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

La información contenida en este email es [illegible] para el uso del destinatario y puede contener información que es [illegible] Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje favor notificar al remitente y eliminar este mensaje de su computador. Este mensaje no obliga a [illegible] para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de computo, [illegible] es responsabilidad del destinatario confirmar esta situación en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de [illegible]